

O programa de controle da hipertensão arterial no sistema público de saúde do Município do Rio de Janeiro

Antonio Carlos Marques Figueiredo Ramos¹, Teresa Cristina Seixas²,
Cláudia Ramos Marques da Rocha³ e Raquel Toste Ávila⁴

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Palavras-chave:

hipertensão arterial, epidemiologia, prevenção.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), juntamente com o diabetes mellitus (DM), o tabagismo, as dislipidemias e o sedentarismo constituem os mais prevalentes fatores de risco conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas, que são as principais causas de mortalidade na população. Sua natureza crônica e predominantemente assintomática ou oligossintomática por muitos anos, associada a um alto perfil de morbimortalidade, tornam a hipertensão arterial um desafio permanente para os sistemas de saúde em todo o mundo, justificando esforços para a sua detecção precoce e adequado controle, objetivando reduzir suas complicações cardíacas, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas.

A relação entre os níveis tensionais sistólicos e diastólicos e o risco cardiovascular é comprovadamente marcante, contínua, independente de outros fatores, consistente, preditiva e etiologicamente significativa¹. Estão também consolidadas evidências de que o tratamento anti-hipertensivo reduz a prevalência de eventos coronarianos, a mortalidade coronariana em 8% e as taxas de acidentes vasculares encefálicos fatais em 40%². Outros grandes estudos de abordagem múltipla de fatores de risco cardiovascular na população em geral, através de programas de promoção de saúde, rastreamento ativo e estratégias de estímulo à aderência e monitoração na comunidade, resultaram em reduções da ordem de 36% na mortalidade geral, pela menor ocorrência de acidentes vasculares encefálicos e eventos coronarianos³.

Não basta rastrear e controlar a hipertensão, seja num indivíduo, seja num extrato populacional. A abordagem da hipertensão deve ser parte integrante de um contexto multifatorial (voltado para os demais fatores de risco cardiovascular), multiprofissional (envolvendo toda a equipe de profissionais de saúde) e intersetorial, isto é, representa apenas uma parte das estratégias de governo que promovam a inclusão social, o acesso à educação, o saneamento básico, o bem-estar social, os hábitos saudáveis de vida e o acesso igualitário ao sistema público de saúde.

Tendo permanentemente em foco a estratégia de longo prazo que visa a prevenção primária da hipertensão arterial através do controle da obesidade, da redução da ingestão de cloreto de sódio⁴, da redução do alcoolismo e do sedentarismo, as estratégias para rastrear e controlar os fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis devem fazer parte da atuação de qualquer sistema público ou privado de saúde, sob pena de se arcar com os custos humanos e econômicos da morbimortalidade: procedimentos de alta complexidade, absenteísmo e incapacidade precoce.

O Programa de Controle da Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O Programa de Hipertensão Arterial (PHA) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO) encontra-se, em 2003, no seu 18º ano de implantação. Abrange 109 unidades de saúde, entre postos de saúde, ambulatórios hospitalares e unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). O PHA desenvolve

¹ Mestre em Cardiologia - UFRJ / Gerente do Programa de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO)

² Enfermeira - Assistente do Programa de Hipertensão Arterial

³ Médica de Saúde Pública - Assistente do Programa de Hipertensão Arterial

⁴ Residente em Enfermagem - Coordenação de Programas de Doenças Crônicas

suas ações, simultaneamente, com o Programa de Diabetes Mellitus, com estratégias de promoção de saúde e de controle multifatorial dos fatores de risco cardiovascular, tendo por foco primário de atuação o clínico generalista e equipes multidisciplinares.

A prevalência da hipertensão arterial é estimada em 20% ou mais na população acima de 20 anos. No estudo da Ilha do Governador – RJ (Ministério da Saúde e CNPq), a prevalência encontrada de HA, para o critério PA • 140/90mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva, na população adulta (idade • 20 anos), foi de 38%. A prevalência de diabetes mellitus, conforme recente estudo multicêntrico nacional⁵, é de 8% na população acima de 30 anos. Os contingentes populacionais assim estimados de hipertensos e de diabéticos são chamados de populações-alvo.

Em janeiro de 2003, o PHA e o PDM da SMS-RIO abrangiam, respectivamente, 346.631 e 80.570 pacientes ativos, correspondendo a 60,5% e 46,6% de cobertura em relação às populações-alvo estimadas, de hipertensos e de diabéticos, usuários do SUS na cidade. A cobertura do PHA em relação à citada população-alvo de hipertensos, aferida em outubro de 2.000, era de 49%; os dados atuais demonstram o crescimento do PHA e do PDM, um dos seus objetivos maiores.

Com uma taxa média de abandono de 36%, achavam-se registrados, em janeiro de 2003, um total de 214.344 hipertensos e 50.684 diabéticos tipo 2 aderidos ao tratamento. Um contingente adicional de 9.238 diabéticos acham-se em tratamento específico em 16 pólos para usuários de insulina, seja para diabéticos tipo 1, seja para os do tipo 2 com falência ao uso do hipoglicemiante oral.

A distribuição por faixa etária do total de pacientes é: 23,4% abaixo de 50 anos, 40,8% entre 50 e 65 anos e 33,9% acima de 65 anos de idade. Setenta e três por cento (73%) dos pacientes pertencem ao sexo feminino. Quanto à severidade da hipertensão, 26% apresentam hipertensão leve, 44% moderada e 16% severa. Entre os pacientes hipertensos, 14% são também diabéticos. Do total de diabéticos, 67% são também hipertensos. Esta associação demonstra a prevalência e a importância da síndrome metabólica na etiopatogenia da hipertensão arterial.

Todos os pacientes recebem orientação, individual ou em grupo, quanto à abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial. Se estritamente observada, a modificação de hábitos de vida pode normalizar a metade das formas leves e propiciar um bom controle das formas moderadas e severas de hipertensão, com doses reduzidas de medicação. Assim, a redução da ingestão de sal, de gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, o aumento da atividade física (todos contribuindo para a redução ponderal), a abolição do tabagismo e um consumo adequado de alimentos ricos em potássio devem ser metas permanentes da atuação da equipe de saúde, mantendo o paciente informado, motivado e envolvido em seu auto-cuidado. Devemos enfatizar, no entanto, que as mudanças desejáveis apontadas acima, não dependem apenas do paciente, como se fosse o único responsável pelo controle ou não dos fatores de risco que apresenta. As mudanças de estilo de vida só ocorrem, se existirem condições para que elas possam ocorrer. Como dizer para um paciente seguir certas regras de boa alimentação, se ele não tem condições econômicas ou condições de trabalho para segui-las? O mesmo se pode dizer para o exercício físico. Como reduzir o alcoolismo se o desemprego aumenta e sabemos que um indivíduo desempregado tem mais de quatro vezes a chance de tornar-se dependente do álcool do que uma pessoa com emprego?

Os medicamentos hoje padronizados no PHA são: a hidroclorotiazida 25, atenolol 50 e 100, enalapril 10, nifedipina retard 20 e hidralazina 25 mg/comprimido. Os hipoglicemiantes orais do PDM são a glibenclamida 5 e metformina 850 mg/comprimido. Os protocolos recomendados objetivam o máximo impacto na morbimortalidade cardiovascular e renal, conforme evidências sedimentadas na prática clínica.

Os medicamentos padronizados nos PHA e PDM da SMS-RIO são adquiridos com recursos próprios do Tesouro Municipal, através de licitação pública renovada anualmente no sistema de registro de preços. O volume de compras por sal, em regime centralizado e distribuição capilarizada pela rede, confere à SMS um poder de barganha significativo, que se reflete nos preços praticados.

A redução média do preço unitário (comprimido), obtido através de tal sistemática, tem acarretado reduções médias de preço da ordem de 90% (noventa por cento) em relação aos preços mínimos praticados no varejo pelas marcas vencedoras no processo licitatório. O custo médio mensal do tratamento farmacológico de um paciente hipertenso no PHA da SMS-RIO em janeiro de 2003 é de R\$ 1,54 (Tabela 1), o que comprova que se pode, em grande escala, comprar medicamentos de qualidade a preços significativamente reduzidos.

O grau de controle da pressão arterial dos hipertensos aderidos ao PHA foi recentemente verificado por avaliação transversal, utilizando-se a metodologia do “dia típico”. Um total de 3.989 pacientes tiveram sua pressão arterial aferida, encontrando-se 62% “controlados” (PA<140/90 mmHg), com baixa dispersão dos resultados entre as 10 áreas programáticas da cidade ⁶.

O percentual médio de controle tensional dos hipertensos aderidos às ações do PHA pode ser comparado aos melhores já descritos na literatura recente quanto à observação de grupos específicos de pacientes em tratamento ^{7,8,9,10,11}. No entanto, o percentual de controle deve ser projetado para o universo de pacientes já captados e nos quais se observa uma freqüência de abandono de 36%. Ao incluirmos este percentual de abandono, na população-alvo estimada de hipertensos abrangida pelo SUS na cidade, obtivemos um percentual estimado de “controle” da pressão arterial da ordem de 19% (Figura 1).

Considerando o contexto acima descrito e tendo por diretriz o crescimento organizado e com alta qualidade dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, os objetivos que vêm sendo desenvolvidos, a partir de 2001, pela SMS-RIO são:

1. Aumentar a cobertura.

Para isto, devemos agregar à rede SUS na cidade, novos contingentes de hipertensos e diabéticos, rastreados ativamente, inseridos nas rotinas e em tratamento regular. Tal objetivo vem sendo alcançado, conforme atestado pelo crescimento de 49% para 65% das coberturas registradas pelo PHA, respectivamente, em outubro de 2000 e janeiro de 2003. Além do crescimento do programa na rede municipal, é da maior importância que as demais esferas participantes do SUS (federais, estaduais, universitárias, filantrópicas) possam aderir à prática programática, agregando suas casuísticas às estatísticas do gestor municipal. O sistema SIS/HIPERDIA, em implantação pelo Ministério da Saúde, poderá facilitar tal integração interinstitucional.

2. Incrementar a adesão.

Visa-se reduzir os atuais índices de abandono (36%). Este índice de abandono é semelhante ao descrito na literatura mundial, sendo atribuído, em parte, à característica crônica e predominantemente assintomática de doenças cujo tratamento envolve, na maioria dos casos, o uso diário de medicamentos com efeitos colaterais. A abordagem não-farmacológica da hipertensão em todas as suas vertentes, bem como o acompanhamento dos casos em uso de medicação, devem ser o foco de atuação das equipes multidisciplinares de saúde e constituem fator crítico da adesão ao tratamento. A garantia da dispensação gratuita e ininterrupta de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes deve ser assumida como compromisso da instituição pública de saúde que rastreia, inscreve e trata um portador de doença crônica. A descontinuidade no fornecimento de medicamentos, especialmente para os mais pobres, leva inexoravelmente ao abandono do tratamento e ao descrédito do sistema.

3. Aumentar o grau de controle da pressão arterial e dos distúrbios metabólicos.

Tendo-se atingido a estabilidade clínica da hipertensão, do diabetes e das morbidades associadas, deve-se atuar para mantê-la a longo prazo. Isto torna-se crítico para um futuro impacto na morbidade e mortalidade associada a estas doenças. A qualidade da atenção individual e coletiva é, certamente, o

Tabela 1

Programa de Hipertensão Arterial – Custos dos medicamentos - Janeiro 2003

Sal / Dosagem	Cota mensal (nº comprimidos)	Custo unitário - R\$	Custo médio mensal - R\$ (cota plena)
Hidroclorotiazida 25	4.972.469	0,01	49.724,69
Atenolol 50	2.336.871	0,04	93.474,84
Atenolol 100	660.252	0,05	33.012,60
Enalapril 10	3.504.813	0,03	105.144,39
Nifedipina retard 20	943.217	0,016	15.091,47
Hidralazina 25	377.284	0,09	33.955,56
Total aquisições (jan. 2003)			330.403,55
Número de pacientes em tratamento (jan. 2003)			214.344
Custo médio mensal por paciente			1,54

Fonte: Prefeitura do Rio S.M.S. – RD / S.S.C. / C.D.C.

fator preponderante para um bom controle clínico das doenças crônicas. Para tanto, a capacitação e a permanente atualização dos profissionais de saúde da rede municipal têm recebido ênfase permanente e crescente, através de seminários, cursos, participações em congressos e da utilização de meios eletrônicos. A estruturação de uma logística confiável de suprimento farmacêutico é a segunda vertente de atuação para o aperfeiçoamento do sistema, imune a eventuais insuficiências orçamentárias ou inadimplências quanto a prazos e/ou quantidades a entregar pelos fornecedores, assegurando a manutenção, a longo prazo, do controle tensional e/ou metabólico dos hipertensos e diabéticos em tratamento.

Considerando-se a necessidade de um crescimento organizado e qualitativo dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e as metas acima descritas quanto à cobertura, adesão e controle clínico, os eixos prioritários da atuação da SMS-RIO, no momento atual, têm sido: ampliação da oferta de consultas em Clínica Médica; atuação multiprofissional na rede básica; disseminação em larga escala do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciado em 2003; Projeto Remédio em Casa, implantado progressivamente a partir de janeiro de 2002.

O Projeto Remédio em Casa tem por público alvo, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos já em fase de manutenção das drogas necessárias ao seu controle tensional e/ou metabólico. Estes casos constituem cerca de dois terços daqueles aderidos ao tratamento. Assegura-se, assim, a continuidade do tratamento farmacológico, aumentando a aderência, melhorando os graus de controle e desafogando a porta de entrada das unidades, do grande contingente de casos que a elas acorrem mensalmente para simples revalidação da receita e recebimento de nova cota de medicamentos.

Implantado em janeiro de 2002 em 10 unidades-piloto da rede municipal (uma por área programática), o Projeto Remédio em Casa é desenvolvido com a parceria da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), em cujo prédio central foi montada uma farmácia com estoque estratégico dos medicamentos do PHA e do PDM. Abrangia, em janeiro de 2003, 40 unidades participantes, 30.420 pacientes cadastrados, 31.875 remessas realizadas, com uma taxa de devolução de 4,9% dessas.

Cada remessa do Remédio em Casa só pode ser desencadeada a partir de uma consulta médica. Nesta, o critério clínico individual define: a estabilidade do quadro, o prazo de validade da receita/remessa (2 a 6 meses) e o agendamento da consulta de retorno para o mesmo prazo. Todas as demais atividades educacionais e assistenciais das equipes de saúde ao paciente são mantidas, de acordo com seu risco estratificado. As

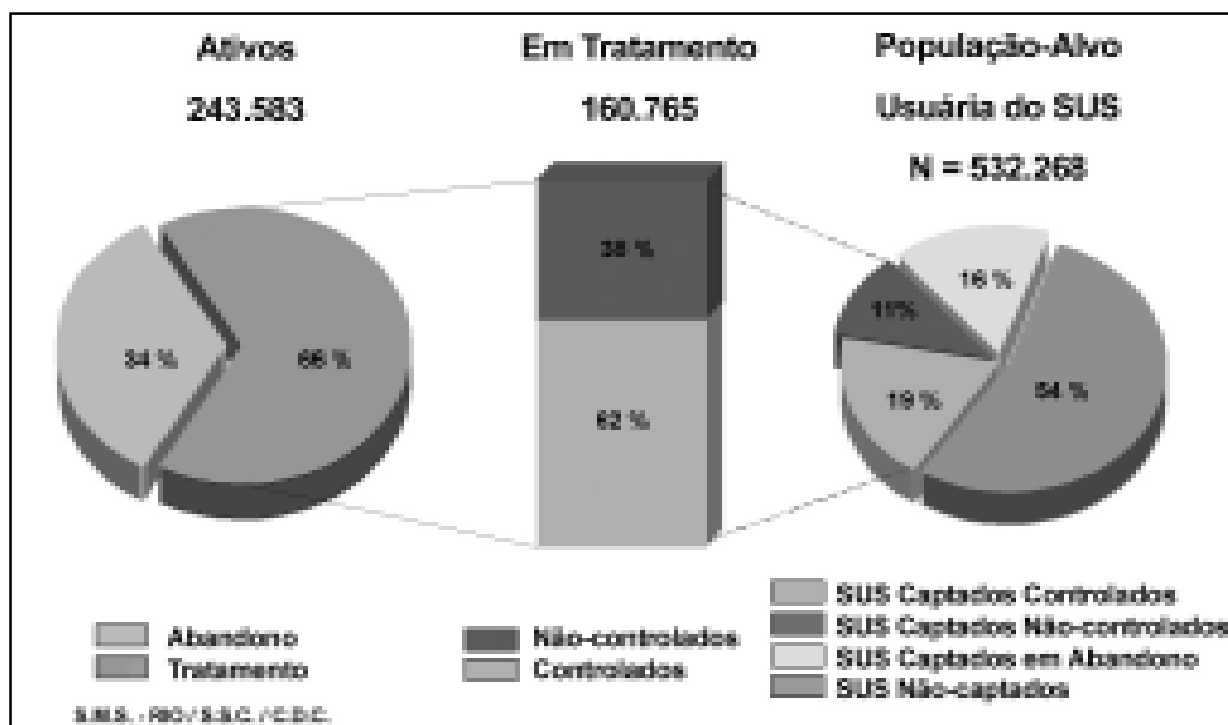


Figura 1

Controle da hipertensão em relação ao número de pacientes ativos e à população alvo usuária do SUS - outubro de 2000.

primeiras avaliações feitas apontam para um crescimento da aderência e controle e para um significativo reordenamento da porta de entrada dos programas nas unidades, acarretando inclusive, o aumento da oferta de consultas de enfermagem e clínica médica.

Além da garantia do fornecimento continuado dos medicamentos aos pacientes (o que é crítico para o controle clínico e futuro impacto na morbimortalidade), os principais valores agregados, obtidos com a implantação do Remédio em Casa, têm sido: a informatização do gerenciamento dos programas e a interligação entre as unidades, as coordenações de área e o nível central da SMS. O sistema, concebido e continuamente aperfeiçoado pela área de informática da SMS, tem incorporado sugestões e inovações originadas da linha de frente: médicos, coordenadores e operadores. A informatização das 109 unidades hoje participantes dos PHA e PDM, prevista para 2003 como consequência da plena implantação do Remédio em Casa, permitirá um salto qualitativo no gerenciamento de suas ações. Tal logística poderá também ser utilizada para pacientes portadores de outras doenças crônicas, tais como AIDS, tuberculose, dislipidemias, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica e outras.

Os dados aqui apresentados atestam que é possível estruturar, manter, ampliar e aperfeiçoar um programa em larga escala para a hipertensão arterial e o diabetes na população. Enfatiza-se sempre que, a hipertensão e o diabetes são doenças nas quais a prevenção primária, na população geral, é possível, através da modificação de estilos de vida, notadamente nos hábitos alimentares e no sedentarismo. Mesmo reconhecendo que o trabalho de rastrear, tratar e manter controladas a hipertensão e o diabetes é penoso, custoso, parcialmente bem-sucedido e virtualmente sem fim¹², é dever da instituição pública e privada de saúde, além de participar de ações intersetoriais visando o bem estar da população e hábitos saudáveis de vida, cumprir seu papel na atenção aos casos identificados de tais doenças, até que as ações preventivas possam surtir efeito num futuro que não podemos precisar.

Referências bibliográficas

1. Foody JA. Cardiovascular risk factors In: Marso S, Griffin B, Toppol E. Manual of Cardiovascular Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Kaplan NM. Clinical Hypertension. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
3. Multiple risk factor intervention group. Multiple risk intervention trial - Multiple risk trial changes and mortality results. JAMA 1982; 284:1465-77.
4. He J, Whelton PK, Appel LJ, et al. Long term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. Hypertension 2000; 35:544-49.
5. Malerbi BA, Franco LJ. Multicentric study on the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose intolerance in urban Brazilian population, 30-69 years. Diabetes Care 1992; 15:1509-16.
6. Ramos ACMF, Seixas TC, Rocha CRM, Monteiro GTR, Ramalho AMRO. Avaliação transversal do controle da hipertensão arterial em programa de larga escala. JBM 2001 set; 81(3): 63-70.
7. Riwik SL, Davis CB. Poland and US collaborative study on cardiovascular epidemiology hypertension In: The project and the US atherosclerosis risk in communities study. Ann Epidemiol 1998; 8(1):3-13.
8. Birkett NJ. The effect of alternative criteria for hypertension on estimates of prevalence and control. J Hypert 1997; 15(3):237-44.
9. Finnerty FA, Shaw LY, Himmelsbach CH. Hypertension in inner city. Circulation 1973; 47:76-8.
10. Foote A, Erfurt JC. Hypertension control at work site. N Engl J Med 1983; 308(14):809-13.
11. Alderman HM, Scoombaum EE. Detection and treatment of hypertension at work site. N Engl J Med 1975; 293(2):65-8.
12. Stamler J. Setting. The tone for ending the hypertension epidemic. JAMA 1998; 279:878-879.

Agradecimento:

Este trabalho é especialmente dedicado aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que, ao longo dos últimos 18 anos, em 109 unidades da rede, 10 coordenações de área e no nível central vêm se dedicando ao crescimento e aperfeiçoamento dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.